



LA LECHE LIGA
Stillberatung Österreich



Wie oft klappt das Stillen wirklich nicht?

15 February 16

Categories: [Breastfeeding Today](#), [Deutsch](#), [Global Community](#)

PAMELA MORRISON, IBCLC, WEST SUSSEX, UK

ÜBERSETZT VON ANJA HARNISCH, ÖSTERREICH

FOTO: JANET FOTHERINGHAM

Stell dir vor, es wäre ein neues ‚Wunderprodukt‘ erfunden worden, mit dem man jeden Menschen, der auf der Erde geboren wird, füttern und impfen kann. Stell dir außerdem vor, es wäre überall erhältlich, erfordere keinen Transport und keine Lagerung – und helfe Müttern bei der Familienplanung und reduziere das Krebsrisiko... Dann stell dir vor, die Welt würde sich weigern, es zu verwenden... Dieses Szenario ist leider keine Fiktion. Das ‚Wunderprodukt‘ ist Muttermilch, erhältlich für uns alle bei der Geburt, und trotzdem verwenden wir es nicht. UNICEF, 1991.

Als Freunde und Gratulanten mich fragten, wie ich mein Baby füttern würde, antwortete ich immer: „Ich werde versuchen zu stillen.“ Trotz aller Widrigkeiten wuchsen und gediehen meine Babys durch ausschließliches Stillen, inklusive der Überraschungs-Zwillinge, die auf den Tag genau fünf Jahre nach der Geburt unseres ersten Sohnes ankamen.

WENN ICH KANN...

Warum glaubte ich, dass ich möglicherweise nicht stillen könnte?

Die Forschung nimmt an, dass Mütter mit weniger Selbstvertrauen das Stillen wahrscheinlich früh aufgeben [1]. „**Nicht genug Milch**“ ist der häufigste Grund, den frisch gebackene Mütter als Grund angeben, mit dem Stillen aufzuhören [2] und die folgende **selbstwusstseinsuntergrabende** Information ist typisch für die Informationen, die junge Eltern bekommen:

„Obwohl Experten annehmen, dass Muttermilch die beste Ernährungsform für Säuglinge ist, ist das Stillen möglicherweise nicht allen Frauen möglich. Für viele wird die Entscheidung zu stillen oder Flaschennahrung zu geben von ihrem Komfortbedürfnis, ihrem Lebensstil und ihrer spezifischen medizinischen Situation bestimmt. Für Mütter, die nicht stillen können oder wollen, ist Formulanahrung eine gesunde Alternative. Formulanahrung versorgt Babys mit den Nährstoffen, die sie brauchen um zu wachsen und zu gedeihen[3]“.

DIE KOSTEN DES NICHT-STILLENS



Rachel Brencur

Mit dem heutigen Wissen der Forschung, die die höheren Risiken von Sterblichkeit, Allergien, Krankheiten und späteren nicht-übertragbaren Erkrankungen beweisen, die mit der Verwendung von Muttermilchersatzprodukten in Zusammenhang gebracht werden, [4] ist es nicht akzeptabel, dass nur 1% der britischen Babys heute die ersten sechs Monate ausschließlich gestillt werden, wie es weltweit empfohlen wird. Es gibt auch volkswirtschaftliche Kosten die so eine hohe Rate an Stillversagen verursacht. Wenn 90% der US-Familien die medizinische Empfehlung, ihre Babys sechs Monate ausschließlich zu stillen, befolgen könnten, würden die Vereinigten Staaten \$13 Milliarden pro Jahr sparen und außerdem 911 Sterbefälle verhindern [5].

Eine amerikanische Kostenanalyse mütterlicher Erkrankungen, die mit suboptimalem Stillen in Zusammenhang stehen, ergab Einsparungen von \$17,4 Milliarden in direkten und \$126,1 Millionen in indirekten Morbiditätskosten als Ergebnis von vorzeitigen Todesfällen und \$733,7 Millionen, die mit Brustkrebs, premenopausalem Eierstockkrebs, Bluthochdruck, Diabetes Typ 2 und Herzinfarkt in Zusammenhang stehen, wenn 90% der Mütter mindestens ein Jahr nach jeder Geburt stillen hätten können, verglichen mit derzeitigen Stillraten.

In Großbritannien gab UNICEF eine Studie in Auftrag, die 2012 [7] veröffentlicht wurde um zu erforschen, wie das Steigern der Stillraten Geld durch verbesserte Gesundheitsfolgen sparen könnte. Die Studie fand heraus, dass eine mäßige Steigerung der Stillrate zehntausende Krankenhauseinweisungen und Arztbesuche für nur fünf gängige kindliche Infektionen

einsparen könnte, und schlussendlich eine Kosteneinsparung für das National Health Service von £40 Millionen bedeuten würde.

Im Jänner 2016 berichtete [The Lancet Breastfeeding Series Global Launch](#) über die umfangreichste [Studie](#) über die Auswirkungen des Stillens, die jemals gemacht wurde. Eine Steigerung des Stillens [weltweit](#) würde über 800.000 Todesfälle bei Kindern und 20.000 Todesfälle durch Brustkrebs jedes Jahr verhindern. Nicht zu stillen kostet die globale Wirtschaft rund US\$302 Milliarden jedes Jahr [7a].

James Akre schreibt in seinem Buch, *The Problem with Breastfeeding: a personal reflection* [8], dass alle Mütter ihre Babys lieben und das Beste für sie wollen, aber es ist die ganze Gesellschaft, die stillt, und der Ausspruch „Es braucht ein ganzes Dorf um ein Kind zu ernähren“ bleibt wahr, wo immer wir leben. Akre behauptet, dass die meisten irischen Frauen (die die niedrigsten Stillraten nach der Geburt auf der Welt haben [9], und zwar 45%), lebten sie in Schweden, wo Stillraten hoch sind, ebenfalls stillen würden.

WAS IST NORMAL?



Suzie Blake

Weltweit gesehen ist Stillen normal, wogegen manche Flaschenfütterung möglicherweise als eine „traditionell schädliche Praxis der Minderheit“, wie es in der in der Innocenti Declaration [11] dargelegt wird, beschreiben, weil nur 8% der Babys auf der Welt in Ländern geboren werden, wo Flaschenfütterung die kulturelle Norm ist [10]. In ressourcenarmen Umgebungen haben junge Mütter keine Wahl, wie sie ihre Babys füttern sollen, da nicht zu stillen die Gesundheit und das Überleben des Säuglings gefährden würde. Bestimmte kulturelle Überzeugungen und Tabus stellen ebenfalls sicher, dass das Stillen weiterhin praktiziert wird. Stillen, das oft mit Ehrfurcht porträtiert wird, ist nicht nur eine Pflicht und ein Privileg, sondern auch ein Zeichen sexueller Treue. Durch das Gebären und Kinder-haben wird der Status einer Frau in der Gesellschaft erhöht. Indem sie ihre Babys stillt, zeigt eine Frau ihrem Ehemann, ihrer Familie und Freunden, dass sie eine gute Ehefrau und Mutter ist.

5% ALLER MÜTTER?



Destiny Tillery

Wie oft klappt also das Stillen wirklich nicht?

In den hochentwickelten, emanzipierten Gesellschaften des Westens und Nordens nimmt man an, dass 5% der Mütter nicht genug Muttermilch produzieren können um ihre Babys an der Brust zu ernähren. Anerkannte Autoren, die anekdotenhaft auf die 5%-Rate verweisen, waren unter anderem Dana Rafael [12] 1955 und Marianne Neifert [13] 1983, aber eine Suche nach Literatur scheitert daran, irgendwelche primären Studien zu finden, um diese Zahl zu dokumentieren oder validieren. Betty Crase, eine La Leche Liga Beraterin und ehemalige Direktorin des LLLI Center for Breastfeeding Information, verfolgte die 5%-Zahl gründlichst bis zu einer Bemerkung in einer Eröffnungspräsentation, die von JC Spence, MD, FRCP beim jährlichen Meeting der British Medical Association in Plymouth, 1938 [14] gehalten wurde. Was Betty entdeckte, war, dass seit damals jeder nur jeden anderen zitiert hatte, der diese Zahl verwendete. Wissenschaftler und Autoren in den 1980ern oder 1990ern zum Beispiel zitierten einfach Neifert. Betty schloss daraus, dass, wann immer eine bestimmte Zahl zitiert wird, der Eindruck erweckt wird, dass hinter dieser Zahl eine Forschungsarbeit stünde. In diesem Fall gab es keine Forschung, nur eine Bemerkung in einer Rede durch einen Arzt bei einem renommierten medizinischen Treffen. Die 5% hatten ein Eigenleben entwickelt [15].

In Wirklichkeit ist die Physiologie der Laktogenese (die Produktion von Muttermilch) viel ermutigender. Während der Frühschwangerschaft bewirken Hormone, einschließlich Progesteron, die von der Plazenta produziert werden, welche aus Säuglingsgewebe besteht, die Zunahme von milchproduzierenden Zellen in der Brust der Mutter. Somit ist das Baby verantwortlich dafür seine eigene zukünftige Nahrungsquelle nach der Geburt zu bilden, und die Brüste sind bereit dazu jederzeit nach der 16. Schwangerschaftswoche Milch zu produzieren.

Vor der Geburt agiert Progesteron als Bremse für die Milchproduktion. Nach der Geburt ist es der abrupte Entzug von Progesteron nach der Ausstoßung der Plazenta, der die Brüste dazu veranlasst zu beginnen reichliche Mengen an Milch zu produzieren.

USE IT OR LOSE IT



Suzie Blake

Zwischen dem vierten und dem neunten Tag postpartum produzieren die Brüste 400-750ml Muttermilch pro Tag, egal ob die Mutter sich entschieden hat zu stillen oder nicht. Es ist die häufige und gründliche Leerung von Milch aus der Brust, die die weitere Milchproduktion aufrechterhält. Das ist die kritischste Zeit in der Laktationsreise der Mutter. Wenn sie nicht entfernt wird, signalisieren spezielle Milchproteine den Zellen, weniger Milch herzustellen. Andauernde Über-Vollheit (auch Milchstau genannt) kann die Milchproduktion innerhalb von nur vier Tagen dramatisch reduzieren. Das ist der Weg der Natur um sicherzustellen, dass nichts verschwendet wird. Use-it-or-lose-it ist das Prinzip, dessen sich junge Mütter bewusst sein müssen.

Wenn das Baby schläfrig ist oder nicht andocken und effektiv stillen kann, oder wenn die Brüste aus irgendeinem Grund übertoll werden, brauchen Mütter **schnelle kompetente Unterstützung** um die überschüssige Milch auszustreichen um die zukünftige Milchproduktion aufrechtzuerhalten. Wenn das Baby zu früh geboren ist oder zu krank ist um zu stillen, dann kann der Mutter gezeigt werden, wie sie ihre ausgedrückte Milch zur Verfügung stellen kann, bis das Baby gereift ist.

In meiner Praxis als International Board Certified Lactation Consultant, habe ich dokumentiert, dass nach dem Ausschließen von bekannten Gründen von verzögerter Laktogenese wie einer Schilddrüsenunterfunktion, postpartalen Blutungen oder zurückgebliebenen Plazentaresten, und nachdem die besten Still-Management-Techniken angewendet wurden, nur eine von tausend (0,1%) frischgebackenen Müttern überhaupt keine Milch produziert. Für die Mutter, die stillen wollte, ist das eine herzerreißende Enttäuschung. Zum Glück ist das sehr, sehr selten.

Viel öfter bekommt die Mutter veraltete Informationen und unzureichende Hilfe und glaubt schließlich, dass sie – wie so viele ihrer Freundinnen, die ähnliche negative Erfahrungen hatten – nicht stillen kann.

DIE ENTSCHEIDUNG ZU STILLEN



Alice Brinkman

In hochentwickelten Gesellschaften wo künstliche Säuglingsnahrung sowohl einfach erhältlich als auch sozial akzeptabel ist, wo der Wert der Muttermilch trivialisiert wird und wo es sauberes Wasser und fachkundige medizinische Versorgung gibt um die größere Zahl an Infektionen, die flaschengefütterte Babys normalerweise erleiden, zu behandeln, können Mütter, die Schwierigkeiten mit dem Stillen haben, starken Druck von ihrer Familie, ihren Freunden oder sogar von nicht so gut informiertem medizinischem Personal bekommen zur Flaschenfütterung zu wechseln. Manchmal werden solche Mütter sehr abwehrend, da sie, statt sich dem Scheitern zu stellen oder zu akzeptieren, dass sie wegen schlechter Unterstützung gescheitert sind, versuchen, die Entscheidung nicht zu stillen zu rationalisieren.

Eine steigende Anzahl an Artikeln, sozialen Unterstützungsnetzwerken, Blogs, Büchern und Videos die die Entscheidung der Mütter für Flaschenfütterung bestärken, bestätigen die

Verbitterung, Enttäuschung und die Stärke der Gefühle, die durch das Scheitern erfolgreich zu stillen, entstehen [16], [17], [18], [19], [20].

Die Wut wird manchmal auf Stillbefürworter gerichtet, die dann als „Fanatiker“ oder „Stillnazis“ bezeichnet werden. Folglich haftet der Förderung des Stillens oft ein gewisses Stigma an, das mit einer wirklichen Angst vor der Erzeugung mütterlicher Schuldgefühle gepaart ist. Viele Stillberaterinnen bemühen sich, die Formula-Fütterung zu rationalisieren, indem sie das Recht der Frau auf körperliche Integrität verteidigen.

Eine Mutter kann absolut glauben, dass ihr eigenes emotionales Wohlfühlen wichtiger ist als die Gesundheit ihres Babys, wenn das Stillen schwierig ist:

„Wenn der gesamte Fokus darauf liegt, was ‚das Beste für das Baby‘ ist, werten wir Mütter und ihr physisches und emotionales Wohlfühlen ab. Ich war glücklicher, entspannter und weniger gestresst als ich bei meinem ältesten Sohn zur Flaschenfütterung wechselte. Das ist wichtig anzuerkennen, selbst wenn ich dafür gerügt werde. Ich war glücklicher. Und das war das absolut Beste für meine Babys“ [21].

„Das einzige was ‚angstfreies‘ Füttern von künstlicher Säuglingsnahrung für mich heißt, ist, dass du das Gefühl hast, die beste Wahl für deine Familie, für dein Baby, für dich getroffen zu haben. Ohne Ängste heißt nicht notwendigerweise ohne Bedauern, ohne Wut, ohne Groll. Es heißt nur, dass du keine Angst hast wegen deiner Wahl, weil du weißt, dass es sicher ist und du weißt, dass es richtig war.“

Die **Weltgesundheitsorganisation** behauptet, dass „Die große Mehrheit der Mütter stillen kann und sollte, so wie die große Mehrheit der Kinder gestillt werden kann und sollte. Nur unter außergewöhnlichen Umständen kann die Milch der Mutter als ungeeignet für das Baby erachtet werden [23] – bei der Mehrheit der Erkrankungen, die entweder die Mutter oder das Baby betreffen, sollte weiterhin gestillt werden. Die akzeptablen medizinischen Gründe, warum ein Baby keine Muttermilch erhalten sollte, sind sehr selten, und zwar [24]:

Akzeptable Erkrankungen bei Kindern:

- Galaktosämie
- Ahornsirupkrankheit
- Phenylketonurie

Akzeptable Erkrankungen bei Müttern:

- HIV-Infektion, wenn die Mutter keine antiretrovirale Behandlung bekommen hat **und** wo die Fütterung von künstlicher Säuglingsnahrung als sicher gilt
- schwere Erkrankungen, z.B. Blutvergiftung
- Herpes Simplex Virus Typ 1 auf den Brüsten bei ausstehender Behandlung
- Medikation mit sedierenden psychotherapeutischen Medikamenten, Antiepileptika und Opioiden, radioaktivem Jod-131, topischem Jod, zytotoxischer Chemotherapie.“



Suzie Blake

Als jemand, der daran arbeitet Stillprobleme zu lösen, weiß ich besser als die meisten anderen, dass Zufüttern zum Stillen, wenn das Stillen schlecht gehandhabt wurde, lebensrettend sein kann, wenn man den Ernährungsstand eines Babys schützen möchte. Wenn Spendermilch oder Milch von einer Milchbank nicht erhältlich ist, kann künstliche Säuglingsnahrung auf kurze Sicht notwendig sein, während die Mutter daran arbeitet ihr Milchangebot zu erhöhen. Selten braucht das Baby Supplementierung für viele Monate. Aber meistens ist es möglich die Ursache zu lokalisieren und die Kette von Ereignissen, die zum Scheitern des Stillens geführt haben zu identifizieren und Strategien und Techniken zu implementieren, die die Milchproduktion steigern um das Problem langsam zu lösen. Manchmal kann, auch wenn das direkte Stillen nicht möglich ist, Muttermilchfütterung mit anderen Methoden des Milchtransfers für Wochen, Monate oder sogar Jahre erfolgreich sein.

ENTSCHEIDUNG UND FÄHIGKEIT ZU STILLEN

Es ist wichtig zwischen der Entscheidung für oder gegen das Stillen und der Fähigkeit zu stillen zu unterscheiden: es muss klar sein, dass 99,99% der frischgebackenen Mütter, vorausgesetzt sie haben aktuelle Informationen und fachkundige Unterstützung, genug Milch für ihre Babys produzieren können. Gleichzeitig ist es **wichtig, feinfühlig** **Betreuung** für die winzige Zahl einzelner Mütter, die physisch nicht in der Lage sind zu stillen, anzubieten. Wenn es sich um einen sekundären Milchmangel aufgrund schlechten Stillmanagements handelt, können Mütter, die **teilstillen**, folgendes bereitstellen:

- **ALLE emotionalen Vorteile**, indem sie Troststillen anbieten, wann immer das Baby möchte und Muttermilch und Zusatznahrung an der Brust füttern, durch ein Brusternährungsset.
- **Den GESAMTEN immunologischen Schutz**. Wenn die Milchmenge gering ist, wie beim Kolostrum oder der Milch beim Abstillen, sind alle Antikörper im Kolostrum oder der Milch beim Abstillen konzentriert [25], [26].
- **TEILstillen**. Wenn das Milchangebot gering ist, kann Zusatznahrung notwendig sein um den Nahrungsmangel auszugleichen, aber das teilgestillte Baby bekommt immer noch die Enzyme, Hormone, Fettsäuren, Proteine und Zucker der Muttermilch, die nicht aus anderen Quellen erlangt werden können, und sogar 50ml Muttermilch pro Tag bringen einen riesigen Nutzen für das Baby.

WESSEN RECHTE?



Elizabeth Stanley

Es ist schwierig die Rechte einer Frau künstliche Säuglingsnahrung zu füttern in irgendeiner Literatur über Menschenrechte dargelegt zu finden. Im Gegensatz dazu erkennt die „United Nations Convention on the Rights of the Child“ (Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes), die umfassendste Erklärung über Kinderrechte, die jemals erstellt wurde, an, dass jedes Kind das Recht hat den höchsten erreichbaren Gesundheitstandard zu genießen, im besten Interesse des Kindes an der Spitze aller Maßnahmen und Politiken, die seine Entwicklung, Gesundheit und Überleben beeinflussen. Im Speziellen müssen alle Bereiche der Gesellschaft über die Vorteile des Stillens informiert werden.

WAS IST NOTWENDIG?

Ich komme zum Schluss, dass Stillen ein gelerntes Verhalten ist.

Junge Mädchen und frischgebackene Mütter müssen folgendes erhalten:

- die klare Botschaft, dass Stillen lohnenswert ist, weil der Wert ihrer Milch für ihre Babys unersetzlich ist,
- genügend Hilfe und Information um sicherzustellen, dass das Stillen erfolgreich ist, das heißt, dass das Baby gedeiht, und
- nationale Maßnahmen, die das Recht arbeitender Mütter zu stillen, unterstützt.

Es sollte als nationaler Skandal gesehen werden, dass das Gesundheitssystem daran scheitern kann sein Gesundheitspersonal mit den notwendigen Fähigkeiten und Expertise auszurüsten um Mütter zu motivieren und ihnen zu helfen das Stillen zu beginnen und aufrechtzuerhalten.

Es gibt auch eine Verantwortlichkeit der Mütter selbst Hilfe zu suchen, wenn sie auf Schwierigkeiten stoßen. Eine Google-Suche nach „Stillberatung“ bringt über 500.000 Treffer in weniger als einer halben Sekunde. Expertenhilfe ist auf Knopfdruck erhältlich, inklusive, in England, der Nummer einer Still-Helpline mit Links zu vier Stillorganisationen, z.B. La Leche Liga und über 400 IBCLCs. (Anmerkung: im deutschsprachigen Raum gibt es keine Still-Helpline, aber Telefonlisten und E-Mail-Kontaktformulare von mehreren Stillorganisationen und IBCLCs in Deutschland, Österreich und der Schweiz).

Schließlich ist die Fähigkeit sein Baby gut ernährt, glücklich und gesund an der Brust zu stillen eine der größten Geschenke des Lebens. Ich bin so glücklich, dass ich die Hilfe hatte, die ich brauchte um mein Einzelkind und dann meine Zwillinge zu stillen. Ich kann mir den Verlust nicht vorstellen, den ich erlitten hätte, wenn ich diese wundervolle Erfahrung nicht genießen hätte können.

REFERENCES

[\[1\] Blyth, R., Creed, D., Dennis, C., Moyle, W., Pratt, J., and De Vries, S. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002;29\(4\):278-84.](#)

[\[2\] Li, R., Fein S., Chen, J., Grummer-Strawn, L. Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year, *Pediatrics* 2008;122;S69, DOI: 10.1542/peds.2008-1315i.](#)

[3] [Kids Health](#), accessed November 22, 2015.

[4] [Grummer-Strawn, L. & Rollins, N. World Health Organization, Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paed* 2015;104:1-2, November 2015 and subsequent special issue.](#)

[5] Bartick, M. & Reinhold, A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125(5):e1048-56 doi: 10.1542/peds.2009-1616. Epub 2010 Apr 5.

[6] [Bartick, M., Stuebe, A., Schwarz E., Luongo, C., Reinhold, A., Foster, E. Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding, *Obstetrics & Gynecology* 2013;122\(1\):111-119, doi:10.1097/AOG.0b013e318297a047.](#)

[7] [Renfrew, M. et al. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK UNICEF UK October 2012.](#)

[7a] [Victora, C. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect *The Lancet* 30 January 2016; 387 \(10017\): 475-490.](#)

[8] Akre, J. *The Problem with Breastfeeding: a personal reflection*, Hale Publishing 2006.

[9] [The Journal.ie National Breastfeeding Week: Irish breastfeeding rates below European neighbours](#), Oct 1, 2012.

[10] [UNICEF 2003. Statistical Tables: Economic and Social Statistics on the Countries and Territories of the World with Particular Reference to Children's Wellbeing, calculated births in industrialised nations as percentage of world births, figures for 2003.](#)

[11] [UNICEF 1990, Innocenti Declaration.](#)

[12] Rafael, D. *The Tender Gift: Breastfeeding*, Knopf Doubleday Publishing Group, September 12, 1955.

[13] Neville, M. & Niefert, M. *Lactation: Physiology, Nutrition and Breast-Feeding*, Plenum Press 1983.

[14] [Spence, J. The Decline of Breastfeeding, \(a discussion in the Section of Diseases of Children at the Annual Meeting of the British Medical Association, Plymouth\) *British Medical Journal*, Oct 8, 1938:729-733](#) (accessed October 5, 2015).

[15] Marian Tompson, LLLI Founder, Personal Communication with Betty Crase shared with the author on October 29, 2012.

[16] [Jung, C. Overselling Breastfeeding, Op-ed piece in *New York Times*, October 16, 2015.](#)

[17] [Barston, S. Bottled Up: How the Way We Feed Babies Has Come to Define Motherhood, and Why It Shouldn't, University of California Press, October 2012.](#)

[18] [Stoller, D. A father's perspective on the Similac ad, *The Badass Breastfeeder*, \(accessed November 23, 2015\).](#)

[19] [Wallace, K. Similac commercial is a hit. Judgy moms and dads face off in hit ad. January 28, 2015, CNN.](#)

[20] [Fearless Formula Feeder Facebook page.](#)

[21] [Kristina Wright. 8 Reasons to Formula Feed Your Baby, July 10, 2015.](#)

[22] [Fearless Formula Feeder Facebook page meme, accessed November 23, 2015.](#)

[23] [WHO 2003 Global Strategy for Infant and Young Child Feeding, clause 18, page 10.](#)

[24] [WHO 2009, Acceptable medical reasons for use of breast milk substitutes.](#)

[25] Goldman, A., Garza, C. et al. Immunologic factors in human milk during the second year of lactation. *Act Paediatr. Scand.* 1983, 72, 461-2.

[26] Pietersen, B. et al. Quantitative determination of immunoglobulins, lysozyme and certain electrolytes in breastmilk during the entire period of lactation during a 24-hour period and in milk from the individual mammary gland. *Act Paediatr. Scand.* 1975, 64, 709-717.

[27] UN (1989) Convention of the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989; entry into force 2 September 1990, in accordance with article 49.

[28] UN Convention on the Rights of the Child, General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)* April 2013.

Pamela Morrison ist die Mutter dreier erwachsener Söhne, inklusive Zwillinge, die alle gestillt wurden. Sie machte die Ausbildung zur La Leche Liga Beraterin in Zimbabwe und zertifizierte als erste IBCLC in dem Land, wo sie bis 2003 praktizierte. Jetzt lebt Pamela in England und genießt es Müttern zu helfen ihr Milchangebot in schwierigen Umständen zu maximieren, die zum Beispiel relaktieren oder induziertes Stillen probieren möchten und ihre Milchproduktion für adoptierte, mit künstlicher Nahrung gefütterte, kranke Babys oder Babys mit einer zu geringen Gewichtszunahme oder Gedeihstörungen steigern möchten.